Ri. Wagner
Würzburg
1911

Der Einfluß retinierter Plazentarreste nach rechtzeitigen Geburten und nach Fehlgeburten auf den Verlauf des Wochenbetts.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Richard Wagner

aus

Auerbach i. Vogtl.

ACAD. LUDLBAT. BIBL.

Würzburg
Buchdruckerei Franz Staudenraus
1911.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Referent: **Herr Prof. Dr. Hofmeier.**

Das Kindbettfieber ist trotz aller Antiseptik keine seltene Krankheit geworden. Sind auch Morbidität und Mortalität heutzutage bedeutend geringer, als in der vorantiseptischen Zeit, so beträgt nach B. S. Schultze die Mortalität immer noch 0,25%. Das bedeutet, dass in Deutschland bei über 2 Millionen Wöchnerinnen jährlich über 5000 am Kindbettfieber sterben.

Deshalb wird die Verhütung und die Behandlung des Kindbettfiebers auf den Kongressen der Geburtshelfer und Gynäkologen immer und immer wieder zur Sprache gebracht.

Auf der Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie im Juni 1909 in Strassburg sprach Winter, der Königsberger Ordinarius über die lokale Behandlung der puerperalen Infektionskrankheiten.

Er führte folgende Behandlungsmethoden an:

1. die Scheidenspülung.
2. die Uterusspülung.
3. die permanente Irrigation.
4. die Drainage der Uterushöhle.
5. das Hineinbringen konzentrierter Desinfektionsmittel und Ätzmittel.
6. die Atmocausis.
7. die Ausbürstung der Uterushöhle.

8. die Auskratzung des Uterus.
9. die Ausräumung von abnormem Uterusinhalt (Eihäuten, Plazentarstücken, Blutgerinnsel).

Winter behandelt den letzteren Punkt besonders eingehend, warnt vor gefährlicher Polypragmasie und empfiehlt eine konservative, abwartende Behandlung.

„Wenn ein lokaler Zersetzungszustand bei gleichzeitiger Retention eines Plazentarstückes besteht, so liegen die Verhältnisse für den spontanen Ablauf desselben viel ungünstiger. Zunächst ist die Masse des Zersetzungsmaterials viel grösser, ferner entstehen bei den spontanen Lösungsetappen Blutungen, welche das Nährmaterial vermehren und frische Wunden, welche Resorptionsstätten darstellen. Ferner geht die spontane Ablösung viel langsamer und unsicherer vor sich, namentlich bei pathologischen Adhärenzen, und vor allem steht das Plazentargewebe durch den interrillösen Raum in direktem Zusammenhang mit den mütterlichen Blutgefässen.

Dass die lokalen Zersetzungsprozesse demnach viel länger und schwerer verlaufen müssen, liegt auf der Hand. Hier ist aber die viel richtigere Frage zu beantworten, ob das retinierte Plazentarstück zu schweren Infektionen Veranlassung geben kann. Die fast allgemein verbreitete Anschauung geht dahin, dass retinierte Plazentarstücke schwere und sogar tödliche Infektionen machen können. Kaum ein Autor spricht dem Plazentarstücke diese Bedeutung ab; über die Häufigkeit dieser Ursache mögen die Ansichten weit auseinander gehen.

Als eine der extremsten Ansichten will ich diejenige Mortons (Amerika) zitieren, welcher bei der Untersuchung von 100 erkrankten Frauen in der Hälfte der Fälle Plazentarstücke im Uterus konstatiert hat.

Ich lasse zu dieser hochwichtigen Frage zunächst mein eigenes Material sprechen. Ich verfüge aus einer 10jährigen klinischen Tätigkeit in Königsberg über 22 Fälle von Retention von Plazentarstücken. Unter diesen Fällen findet sich nur ein Fall, welcher vollständig spontan verlaufen ist und zwar in 3 Tagen; derselbe war mit leichtem Resorptionsfieber vor und nach Ausstossung des Plazentarstückes verbunden. Ferner führe ich an, dass 13 Fälle von Plazentarretention bis zur Ausräumung des Plazentarrestes fieberlos waren und zwar von 6 bis zu 63 Tagen, ob sie es geblieben wären bis zur vollständigen Ausstossung des Stückes, kann ich nicht behaupten, möchte es aber wegen des schon lange andauernden fieberlosen Stadiums für einzelne Fälle bestimmt annehmen. Demnach kann ich zunächst meine Erfahrung dahin zusammenfassen, dass die Befürchtung vor einem schweren Puerperalfieber, solange das Plazentarstück unberührt bleibt, keine sehr grosse ist."

Winter kontrollierte ferner die Sektionsberichte von 55 Fällen von Sepsis, Peritonitis und Pyämie dabei fand er 6mal, also in 11% der Fälle, retinierte Plazentarstücke.

In 4 Fällen davon war die Uteruswand unter der Plazentarstelle frei von jeder Infektion. Nur in 2 Fällen war die Infektion unmittelbar unter den zerfallenen Plazentarstücken am intensivsten und hatte von hier ihren Weg in die Peritonealhöhle gefunden, bei den Frauen waren aber bereits wegen schweren Infektionsfiebers intra partum (1 mal mit tympania uteri) künstlich entbunden worden.

Richard Puppel fand in der Literatur etwa 20 Fälle von fieberfreier Retention und konnte bei Durchsicht der Sektionsprotokolle nachweisen, dass

sich bei tödlichem Puerperalfieber selten Plazentarstückretention findet (3,7%) und dass sie in den wenigen Fällen nicht die Ursache des Exitus war.

Nun führt aber Winter in seinem Referat weiter 22 Fälle an, in denen bei retinierten Plazentarstücken nach reifer Geburt aktiv verfahren wurde: Unter sorgfältiger Desinfektion vor- und nachher wurden die Polypen manuell entfernt.

7 Fälle verliefen fieberfrei, 15 erkrankten; hiervon 7 an leichtem oder schweren Resorptionsfieber und Eudometritis, 4 an Parametritis exsudativa und 4 an Pyämie; 2 von diesen letzteren endeten tödlich.

Hiezu fügt Winter noch einen Fall aus seiner Privatpraxis; wegen schweren Resorptionsfiebers wurde ein Plazentarstück entfernt, infolgedessen trat eine Pyämie ein, die nach 2 Wochen zum Exitus führte.

In der Diskussion über den Winter'schen Vortrag wandte sich auch Krönig gegen jede lokale Therapie des Kindbettfiebers.

Pfannenstiel war gegen jede Polypragmasie und gegen die lokale Therapie, nur die Entfernung retinierter Plazentarreste hielt er für diskussionsfähig; bei starker Blutung müsse man ausräumen.

Menge verwarf die Ausräumung von Plazentarresten, die auch Opitz für sehr gefährlich hielt, selbst wenn vorher kein Fieber da war. Deshalb wartet Opitz ab, wenn nicht starke Blutungen zum Eingreifen veranlassen. Er nimmt die Ausräumung evtl. mit der Curette statt mit dem Finger vor.

Auf dem XVI. Internat. Ärzte-Kongress sprach Schmidlechner-Pest über die Behandlung des Puerperalfiebers. Jaffé-Hamburg referiert darüber folgendes; was die Retention von Plazentarteilen anlangte.

Bei der Retention eines Plazentarteiles ist die Infektionsgefahr sehr gross. Der günstigste Fall ist, wenn die Eliminierung spontan erfolgt, das kommt selten vor und kann durch Ergotin gefördert werden. Im Falle von Zersetzung oder Fieber muss die Ausräumung erfolgen, die geringste Gefahr verursacht die Ausräumung mit dem Finger.

Die lokale Therapie ist erfolglos, wenn die Infektion in die tiefen Gewebe eingedrungen ist und den ganzen Organismus überschwemmt hat

Die lokale Therapie ist schädlich und untersagt, wenn in der Umgebung der Gebärmutter eine entzündliche Reaktion vorhanden ist. Retinierte Plazentarteile müssen auch unter solchen Umständen entfernt werden, wenn diese grosse Blutungen verursachen, welche in anderer Weise nicht gestillt werden können

Weber berichtet über 14 Fälle retinierter Plazentarreste im Wochenbett:

3 Fälle wurden völlig sich selbst überlassen, bis die Reste spontan ausgestossen wurden; in einem davon trat überhaupt kein Fieber auf, in den beiden anderen zeigte sich leichtes Fieber, das bald spontan zurückging.

In 11 Fällen wurden die Plazentarreste künstlich entfernt; davon fieberten weder vor noch nach der Ausräumung 6 Fälle.

In 1 Falle bestand vor der Ausräumung kein Fieber, nach der Ausräumung aber trat 6 Tage lang mässig hohes Fieber mit Erscheinungen von Eudocarditis auf.

In 1 Falle steigerte sich vorheriges leichtes Fieber nach der Ausräumung auf 39,8 (Schüttelfrost), um dann bleibend zur Norm abzufallen.

In 1 Falle wurde eine bestehende Pyämie durch die Ausräumung nicht beeinflusst, es kam zum Exitus.

In 1 Falle kam es nach der Ausräumung zur Steigerung des Fiebers und zu einem Lungeninfarkt.

In 1 Falle fiel das Fieber, stieg aber am 12. Tage wieder an (Thrombose der l. vena femoralis).

Die beiden letzten Fälle endeten mit Genesung.

Hörmann hat in der Münchener Klinik 36 Fälle von retinierten Plazentarresten nach reifen Geburten beobachtet, davon kam es in 4 Fällen zur spontanen Ausstossung der Polypen, 32 wurden ausgeräumt.

Davon wieder waren 18 afebril, und zwar 12 sowohl vor als auch nach der Ausräumung, während 6 ohne ernste Krankheitserscheinungen für einige Tage nach der Ausräumung leichtes Fieber bekamen.

Von 14 bereits fiebernden Fällen ging die Temperatur in 6 sofort, in 6 nach einigen Tagen weiterer Erhöhung zur Norm zurück. Nur in 2 Fällen war die Ausräumung ohne Erfolg: einmal entwickelte sich eine Parametritis; einmal, als am 5. Wochenbettstage bei der fast ausgebluteten Pat. ausgeräumt worden war, entwickelte sich nach einigen Tagen eine Pyämie, die nach einigen Wochen mit dem Exitus endete.

Im Folgenden sind nun die in den Jahren 1903 bis 1910 inkl. in der Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg beobachteten Fälle von retinierten Plazentarresten näher behandelt.

In diesem Zeitraum wurden auf der geburtshilflichen Abteilung der Anstalt 16 Fälle beobachtet. Diese Wöchnerinnen hatten alle in der Klinik entbunden; ihre Wochenbettsberichte sind im Anhang genau angeführt.

2 von diesen Fällen wurden nicht besonders therapeutisch behandelt; die Plazentarpolypen stiessen sich von selbst ab und kamen bei der morgendlichen Scheidenspülung gelegentlich zum Vorschein. Beide Fälle verliefen fieberfrei.

In 2 Fällen wurden die Polypen zufällig bei der Entlassungsuntersuchung entdeckt, sofort entfernt und die Wöchnerinnen entlassen.

In 2 Fällen (XI und XII) wurde am 11. Wochenbettstage ein Plazentarpolyp wegen Nachblutung entfernt. Auch diese beiden Fälle blieben vollkommen fieberfrei.

Dem gegenüber stehen folgende Fälle, bei denen das Fieber im Vordergrunde des Interesses steht:

1 Fall war sich selbst überlassen: die ganz geringe Temperaturerhöhung kehrte nicht wieder, nachdem der Plazentarrest spontan ausgestossen und bei der morgendlichen Scheidenspülung entfernt worden war. (Fall XV.)

In 1 Falle fiel ein 3 Tage lang bestehendes Fieber ab, nachdem der Plazentarrest durch eine Uterusspülung entfernt worden war. (Fall IX.)

In 1 Falle schwand das bestehende Fieber nach der digitalen Entfernung des Polypen. (Fall I.)

In 3 Fällen also ging mit der Entfernung des Plazentarrestes auch das Fieber zurück.

Aber ebenso wurden 3 Fälle beobachtet, in denen die vorher normale Temperatur ziemlich hoch anstieg und erst nach 2 bis 3 Tagen wieder ablief. (Fall III, V und VI.)

In 2 Fällen wurde ein einmaliger Temperaturanstieg beobachtet, in beiden Fällen wurde 4 Tage darnach der retinierte Plazentarrest entfernt, ohne dass wieder Fieber eintrat. (Fall II, VIII; bei letzterem trat allerdings später eine Mastitis auf.)

In 1 Falle war die manuelle Entfernung der Plazentarreste ohne jeden Einfluss auf das bestehende Streptokokkenfieber, das erst viel später und nach mehrfachen Injektionen von Antistreptokokkenserum zurückging. (Fall IV.)

Die bisher angeführten 15 Fälle endeten sämtlich mit Genesung.

In einem weiteren Falle (XVI) liess sich der Einfluss der Entfernung des Plazentarrestes auf das Fieber nicht beurteilen. Die Wöchnerin ging alsbald nach der Ausräumung an Verblutung zu Grunde.

Bisher handelte es sich also um Fälle, die in der Klinik entbunden worden waren und die demnach von der Geburt ab sorgsam beobachtet worden waren.

Im folgenden seien nun 8 Fälle von Retention von Plazentarresten besprochen, die in den Jahren 1903 bis 1909 auf der gynäkologischen Abteilung der Klinik beobachtet wurden. Diese Wöchnerinnen waren daheim entbunden worden und suchten erst später die Klinik auf.

In allen 8 Fällen wurden die Plazentarreste wegen Blutung künstlich entfernt. In 4 Fällen, in denen zwischen Entbindung und Ausräumung Zeiträume von 10 Tagen bis 4 Wochen lagen, trat weder vor noch nach der Ausräumung Fieber auf. In 2 Fällen stieg die Temperatur am Tage der Ausräumung auf 38,8, während sie im übrigen normal blieb (3 Wochen resp. 6 Wochen post partum). In 1 Falle, in dem am 12. Tage nach der Entbindung ausgeräumt wurde, trat darauf eine 2tägige Erhöhung auf 38,5 ein.

In 1 Falle bestand schon vom 4. Wochenbettstage ab Fieber; am 11. Tage trat eine Blutung auf, die spontan stand, am 13. Tage fiel die Temperatur zur Norm. Aber am selben Tage trat eine neue Blutung

ein, die die Ausräumung retinierter Plazentarreste nötig machte. Kurz darauf stieg die Temperatur unter einem Schüttelfrost auf 40°. Auch am nächsten Tage trat wieder ein Schüttelfrost mit 40° Fieber auf. Erst am 3. Tage sank die Temperatur auf 37,8.

In den folgenden Tagen bildete sich ein rechtsseitiges Pleuraempyem; deswegen wurde die Pat. den Chirurgen übergeben.

In demselben Zeitraume sind in den poliklinischen Geburtsberichten 17 hier verwertbare Fälle zu finden.

Die Zeit, die zwischen Niederkunft und Ausräumung lag, betrug hier zwischen 2 Tagen und 4 Wochen. Davon war in 13 Fällen vor der Ausräumung kein Fieber vorhanden und nach der Ausräumung nichts von Fieber erwähnt.

In 1 Falle fand sich bei vorher normaler Temperatur ein leichter 2tägiger Temperaturanstieg nach der Ausräumung.

In 1 Falle war die Temperatur nach der Ausräumung normal, während am Tage vorher ein Schüttelfrost aufgetreten war.

In 1 Falle war bei der Geburt die manuelle Plazentarlösung vorgenommen worden. Nach einigen Tagen trat allmählich steigendes Fieber ein. Mit einer Uterusspülung wurden einige Plazentarreste entfernt; im weiteren Verlauf des Wochenbetts trat langsame Entfieberung ein.

In 1 Falle endlich wurde wegen Fiebers zunächst kein Eingriff vorgenommen. Wegen starker Blutung musste aber am 12. Wochenbettstage die Ausräumung des Uterus gemacht werden. Hieran schloss sich eine sehr schwere Pyämie, die zwar schliesslich in Genesung überging, aber doch eine Zeit lang schwere

Sorge machte. Dieser Fall ist im Anhang (XVII) ausführlich angeführt.

Bisher war von Retention von Plazentarresten nach rechtzeitigen Geburten die Rede, im folgenden sei es gestattet noch über ähnliche Fälle nach Aborten zu berichten.

Es kamen 9 Fälle von Plazentarpolypen zur Beobachtung, die nach Aborten zurückgeblieben waren. Sie wurden sämtlich artifiziell entfernt und nach gründlicher Lysolspülung wurde 20%iger Karbolalkohol in den Uterus eingespritzt.

In 7 von diesen 9 Fällen trat weder vor noch nach der Ausräumung Fieber auf; in einem Fall, bei dem die Ausräumung zweimal erfolglos versucht worden war und schliesslich in Narkose gelang, sank das vorher vorhandene Fieber bald nach dem Eingriff zur Norm.

In 1 Falle, der schon vorher gefiebert hatte, trat nach der Ausräumung eine allgemeine Infektion ein, die schliesslich den Exitus herbeiführte. Dieser Fall ist im Anhang näher beschrieben. (XVIII.)

Dieser Fall bildet gewissermassen die Überleitung zu einer Reihe von Fällen, die im Folgenden noch zur Besprechung kommen sollen.

Bisher war die Rede von Plazentarresten, die retiniert waren, nachdem der eigentliche Abort schon abgelaufen war. Die natürlich sehr zahlreichen Fälle, wo die Hilfe der Klinik gleich im Beginn des Aborts in Anspruch genommen wurde und wo meist sofort (evtl. nach künstlicher Dilation der Cervix) ausgeräumt wurde, sind unberücksichtigt geblieben, wie auch im Anfang diejenigen Fälle bei Seite gelassen wurden, in denen unmittelbar nach der Geburt die ganze oder

Teile der Plazenta künstlich entfernt wurden (manuelle Plazentarlösung).

Nicht ohne Interesse sind aber diejenigen Aborte, bei denen bei oder kurz nach dem Eintritt der Wehen Fieber auftrat und der Abort also bei der fiebernden Frau entfernt wurde.

Auf der gynäkologischen Abteilung wurden 19 solche Fälle beobachtet. Nachdem, (wenn nötig, in Narkose und nach künstlicher Cervixdilatation mit Quellstift) die Ausräumung mit dem Finger und der Abortzange vorgenommen war, wurde 20%iger Karbolalkohol in den Uterus eingespritzt.

In 15 Fällen fiel das Fieber unmittelbar nach der Ausräumung oder in den nächsten 2 Tagen zur Norm ab. Eine dieser Patientinnen, die 8 Tage nach der Ausräumung entlassen worden war, kam nach weiteren 8 Tagen wieder wegen Blutungen, es wurde darauf noch ein kleiner Eihautfetzen mit der Curette entfernt.

In 2 Fällen, die vorher nur mässig fieberten, trat nach der Ausräumung 5 resp. 8 Tage lang hohes Fieber auf, das nach entsprechender Allgemeinbehandlung und Uterusspülungen schliesslich wieder zurückging.

In 1 Falle wurde das Fieber durch die Ausräumung nicht beseitigt und 8 Tage später eine Pyosalpinx sinistra diagnostiziert, nachdem per anum etwa 1 l Eiter abgegangen war. Der Fall ging schliesslich in Genesung über.

In 1 Falle endlich trat nach der Ausräumung bei der vorher schon hoch fiebernden Wöchnerin eine Pyämie auf, die schliesslich zum Exitus führte. (Fall XIX.)

In der Poliklinik gelangten 17 Fälle von fieberhaften Aborten zur Beobachtung. Davon wurden 15 unmittelbar nach der Ausräumung entfiebert oder

machten nur ein wenige Tage andauerndes allmählich sinkendes Fieber durch. Einmal trat nach 4 Tagen leichten Fiebers eine akute Pneumonie auf, und einmal bildete sich nach anfangs fieberfreiem Verlaufe eine Parametritis aus.

Es kamen also im ganzen 86 Wochenbetten zur Besprechung.

Bei 41 Wöchnerinnen waren nach normalen Geburten, bei 9 nach fieberlosen Aborten Plazentarreste im Uterus zurückgeblieben, während bei 36 wegen Fiebers die Ausräumung des Abortes vorgenommen worden war.

Von den 50 ersten Fällen wurde der Plazentarpolyp in 3 Fällen ohne oder nur mit ganz geringer vorheriger Temperaturerhöhung spontan ausgestossen.

Von den 47 Fällen, in denen ausgeräumt wurde, blieben 28 völlig fieberfrei.

In 7 Fällen wurde die vorher normale oder geringfügig erhöhte Temperatur nach der Ausräumung vorübergehend höher, ebenso sank die vorher mehr oder weniger erhöhte Temperatur in 7 Fällen nach der Ausräumung plötzlich (6mal) oder langsam (1mal) zur Norm.

4mal war die Ausräumung gänzlich ohne Einfluss auf das bestehende hohe Fieber, zwei schwere Pyämien gingen zwar schliesslich noch in Genesung aus, ein Fall aber endete tödlich, während einer wegen eines Pleuraempyems den Chirurgen übergeben wurde.

Ein Fall ist nicht für die Statistik zu verwerten, da unmittelbar nach der Ausräumung der Tod an Verblutung eintrat.

Von den 36 Aborten, die ausgeräumt wurden, folgte alsbald auf die Ausräumung die Entfieberung 30 mal.

2mal steigerte sich das Fieber für mehrere Tage, um schliesslich zur Norm zu fallen. 1 Fall, in dem schon vorher hohes Fieber bestanden hatte, endete tödlich an Pyämie. Je 1mal trat in der Folge Pyosalpinx und Parametritis auf, die beide schliesslich in Genesung übergingen, 1 Fall entzieht sich der Beurteilung, da einige Tage nach der Ausräumung eine kroupöse Pneumonie entstand, die von der medizinischen Poliklinik diagnostiziert wurde, in deren Behandlung die Pat. dann überging.

Von den 3 Wöchnerinnen, die starben, ging eine an Verblutung zu Grunde. Sie hatte eine sehr schwere Entbindung (Plazenta praevia) durchgemacht, war wegen Blutung schon ausserhalb der Klinik mehrmals tamponiert worden und fieberte vom 3. Wochenbettstage ab. Dabei betrug der Hämoglobingehalt des Blutes nach Sahli 17%! Am 13. Wochenbettstage trat eine neue Blutung ein, der die Pat. erlag, obwohl sofort ein Plazentarpolyp als Ursache der Blutung entdeckt und ausgeräumt wurde.

Die zweite, war schon 8 Tage vor ihrer Aufnahme an Blutungen und Fieber daheim krank gewesen und kam bereits sehr anämiert in die Klinik. Hier bedingte die Blutung die absolute Indikation zur Ausräumung. Ebenfalls wegen der starken Blutung ausgeräumt wurde bei der dritten Patientin, die zu Grunde ging; sie hatte bereits 2 Tage vor der Ausräumung stark geblutet und war schon daheim von einem Schüttelfrost ergriffen worden.

Man könnte also wohl nur bei den beiden letzten Fällen geneigt sein, der Entfernung der Nachgeburtsreste die Schuld an dem tödlichen Ausgang zu geben. Immerhin ist es doch zum mindesten sehr zweifelhaft, ob einzig und allein der operative Eingriff die Schuld

trug, und nicht der ungünstige Allgemeinzustand das Ausschlaggebende war. Hätte man in den beiden letzten Fällen aber nicht ausgeräumt, so wäre eben, wie im ersten Falle, der Verblutungstod eingetreten. Also die Blutung ist die Hauptgefahr bei der Retention von Plazentarresten. Wegen der Gefahr der Blutung wird also namentlich der praktische Arzt (das hebt Hörmann in seiner Abhandlung besonders hervor) von der streng abwartenden Behandlung einer Wöchnerin absehen müssen, bei der er von der Retention eines Plazentarrestes überzeugt ist.

Von den 50 Fällen, die im vorgehenden nicht als fieberhafte Aborte beschrieben sind, sind 38, in denen eine Blutung die Indikation zur Ausräumung abgab, in 4 Fällen wurde der Polyp spontan ausgestossen, in 2 Fällen zufällig bei der Entlassungsuntersuchung entdeckt und sofort entfernt. In diesen beiden Fällen muss die Ausräumung ausserordentlich leicht gewesen sein, denn beide Wöchnerinnen wurden sofort entlassen. Es bleiben also noch 7 Fälle, in denen die Ausräumung wegen Fiebers vorgenommen wurde. Davon waren 2 Fälle poliklinisch, und zwar sank die Temperatur in einem Falle sofort nach der Ausräumung, im anderen allmählig. In den auf gynäkologischer Abteilung beobachteten Fällen wurde stets wegen der Blutung ausgeräumt, also entfallen die übrigen 5 Fälle ohne Blutung auf das Konto der geburtshilflichen Abteilung. Es sind dies die Fälle I., IV., VI., VIII. und IX. des Anhangs.

Von den 19 fieberhaften Aborten der gynäkologischen Abteilung ist bei 18 der Grund zur Ausräumung die Blutung. In dem einen Falle, in dem nur wegen des Fiebers eingegriffen wurde, fiel dasselbe prompt am Tage nach der Ausräumung ab.

Von den 17 fieberhaften Aborten der Poliklinik ist nur bei 8 ausdrücklich angegeben, dass die Blutung die Indikation zur Ausräumung bildete, aber unter diesen 8 sind gerade die beiden oben näher erwähnten nicht glatt verlaufenen Fälle.

Demnach lässt sich eine allgemein gültige Norm für die Behandlung retinierter Plazentarreste vielleicht nicht feststellen, noch viel weniger aber eine streng konservative Behandlung als grundsätzlich empfehlen.

Im Anhang sind die auf der geburtshilflichen Abteilung der Anstalt beobachteten Fälle genauer angeführt, ausserdem zwei Fälle, die tödlich endeten und ein Fall von Pyämie, der äusserst bedrohlich verlief, schliesslich aber in Genesung überging.

Fall I.

24jähr. I para. 1903.

Am 16. I. Normaler Partus in I. Schädellage. Von der Plazenta anscheinend ein kleines Stück zurückgeblieben.

Vom 1. Tage des Wochenbettes ab Sekale-Ordination.

Am 5. Tage 38,7. Schmerzen im Abdomen. Sekale. Scheidendouchen. Eisblase.

Bei einer am 10. Tage vorgenommenen Untersuchung wird in der Cervix ein hühnereigrosser Plazentarpolyp festgestellt. Entfernung desselben am nächsten Tage in Chloroform-Sauerstoff-Narkose.

Vom 5. Tage ab schwankte die Temperatur zwischen 36,7 und 37,7, Puls schwankend, dauernd etwas erhöht.

Am 10. Tage 37,9. Entfernung des Polypen. Am folgenden Tage sinkt die Temperatur auf 36,8 und bleibt dauernd normal.

Entlassungsbefund am 15. Tage: Geschlechtsteile ziemlich gut zurückgebildet.

Fall II.

34jähr. IV para. 1903.

Plattes Becken. Künstliche Frühgeburt durch Einlegen eines Metreurynters.

23. VII. Künstlicher Blasensprung. Wendung. Extraktion. Kind leicht asphyktisch wiederbelebt.

23. VII. Uterus gut kontrahiert, völl. Wohlbefinden.

24. VII. Nacht gut. Tampons aus der Scheide entfernt.

30. VII. Etwas Frösteln. Kopfschmerzen.

2. VIII. Uterus entleert auf Druck ziemlich viel geronnenes Blut. Pat. hatte nach dem 1. Aufstehen stark geblutet. Cervix gut für einen Finger durchgängig.

3. VIII. Manuelle Ausräumung von Blutgerinnsel und kleinen Plazentarstückchen aus dem Uterus. Uterusspülung. Weiterer Verlauf des Wochenbettes normal. Temp. Am 30. VII. nachm. 38,2, Puls 112. Im übrigen Temp. und Puls normal.

Entlassung am 9. VIII.: Geschlechtsteile gut involviert. Allgemeinbefinden gut.

Fall III.

18jähr. I para. 1903.

19. VII. Normale Geburt eines lebenden Mädchens in I. Schädellage. 40 Min. p. p. Entfernung der Plazenta durch Credé'schen Handgriff wegen Nachblutung.

Heisse Ausspülung. Sekale. Plazenta nicht vollständig. Am Rande fehlt eine ca. 10 cm lange, ca. querfingerbreite Zone, ebenso ein gutes Stück Chorion. In der Plazenta 5-Markstück grosser, weisser Infarkt.

20. VII. Uterus gut kontrahiert, etwas schmerzhaft, steht noch etwas über Nabelhöhe, sinistrovertiert. Stark blutiger Ausfluss. Sekale. Scheidenspülungen.

21. VII. Vollständiges Wohlbefinden; gestern Abend Abgang einer ziemlichen Menge geronnenen Blutes; starke Nachwehen. Uterus mässig gut kontrahiert. Temp. (Abends) 37,5.

22. VII. Bisher noch kein Abgang von Eihäuten, die noch ziemlich fest anhaftend in der Vulva sichtbar sind; wenig Ausfluss, nochmaliger Abgang geronnenen Blutes. Fundus handbreit über der Symphyse. 5 Uhr 15 Min. nachm. Manuelle Ausräumung; innerer Muttermund 3-Markstück gross. Im Cavum uteri noch viele Gerinnsel, sowie ein grösseres und mehrere kleinere Plazentarstückchen; Entfernung zweier ziemlich grosser Eihautfetzen. Nicht übelriechend. Ausspülung mit $^1/_2$% Lysollösung. Temp. 37,8.

23. VII. Nacht gut, etwas Kopfweh. Leib auf Druck schmerzhaft. Eisblase. Sekale. Abends: linkes Parametrium noch schmerzhaft, sonst völliges Wohlbefinden. Wenig Ausfluss, nicht mehr rein blutig, nicht übelriechend. Temp. 39,5, Puls 132.

24. VII. Kein Frost. Nacht gut, noch Kopfschmerzen, wenig übelriechender Ausfluss. Linkes Parametrium noch schmerzhaft. Temp. 37,8.

25. VII. Völliges Wohlbefinden, keinerlei Druckempfindlichkeit am Abdomen. Wenig Ausfluss, noch fontid. — Kopfschmerzen. Temp. 38,1.

26. VII. Stuhlgang etwas angehalten. Auf Laxans 2 Tage diarröh. Stuhl. Temp. 37,5.

28. VII. Wohlbefinden. Keinerlei Beschwerden.

2. VIII. Entlassungsbefund: Geschlechtsteile gut involviert. Parametrien frei. Allgemeinbefinden gut.

Fall IV.

28jähr. IV para. 1903.

2. X. $6^1/_2$ Uhr vorm. Partus. I. Schädellage. Kopf nach links abgewichen. Wendung und Extraktion. Kind leicht asphyktisch, lebt. Plazenta wird 20 Min. p. p. durch Credéschen Handgriff entfernt, worauf die Blutung steht. 20 Tropfen Ergotin-Schatz-Kohlmann.

5. X. Abends 5 Uhr Schüttelfrost, $^1/_2$ Stunde dauernd. Temp. 40,1, Puls 120. Pat. klagt über starke Schmerzen in beiden Brüsten. Leib nicht druckempfindlich. Ord.: Eisbeutel auf beide Brüste; abends 9 Uhr Temp. 38,3.

6. X. Morgens Schmerzen an den Brüsten geschwunden. Temp. 37,8, Puls 100. Leib nicht druckempfindlich. Wegnahme der Eisbeutel. Abends $4^1/_2$ Uhr Temp. 39,5, Puls 120. Untersuchung des Leibes ergibt, dass der Uterus auf Druck schmerzhaft ist. Übelriechender Ausfluss. Uterusspülung. Bei der inneren Untersuchung werden Plazentarreste gelöst und entfernt. Darauf nochmalige Uterusspülung. Sekale.

7. X. Druckempfindlichkeit des Uterus noch vorhanden, viel Ausfluss, nicht übelriechend.

8. X. Morgens $9^1/_2$ Uhr Uterusspülung und Injektion von 20% Karbolalkohol. Temp. 39,5, Puls 110. Mittags 1 Uhr steigt die Temp. auf 41,1, Puls 120. Pat. ist etwas benommen. Sofortige Injektion von 20 g Antistreptokokkenserum. Pat. wird stündlich gemessen. Gegen Abend ist das subjektive Befinden besser. Pat. erhält Eierkognak und Wein. Während der Nacht schläft Pat. einige Stunden.

9. X. Morgens Temp. 40,5 Puls 120. Subjektives Befinden der Pat. hat sich gebessert. Leib noch druckempfindlich. Mit Rücksicht auf die hohe Temp. morgens 10 Uhr Injektion von 10 ccm Antistreptokokkenserum. Abendtemp. 40,0, Puls 100. 7 Uhr abends Uterusausspülung. Injektion von 10 ccm Antistreptokokkenserum. Die vorgenommene Sekretentnahme aus dem Uterus ergibt nach Untersuchung Streptokokken-Reinkultur.

10. X. Morgens Temp. 37,5, Puls 100. Pat. hat einige Stunden geschlafen. Abendtemp. 39,5 Puls 110.

11. X. Morgens Temp. 39,8, Puls 100. Abendtemp. 39,8, Puls 110. Injektion von 10 ccm Antistreptokokkenserum.

12. X. Pat. hat einige Stunden geschlafen. Morgentemp. 38,4 Puls 100. Abendtemp. 38,5 Puls 90.

13.—15. X. Pat. befindet sich subjektiv wohl. Kein Ausfluss mehr vorhanden. Leib nicht druckempfindlich.

16. X. An beiden Armen ein sich im Laufe des Tages über den ganzen Körper ausbreitendes Exanthem. Abendtemp. 38,9 Puls, 110. (Lysolexanthem?)

20. X. Exanthem geschwunden; Schmerzen in Ellenbogen und Kniegelenken. Abendtemp. 39,0. Antipyrin.

21. 22. 23. X. Schmerzen in den Gelenken dauern bei erhöhter Temp. an. Im Urin ganz geringe Spuren Eiweiss.

24. X. Schmerzen geschwunden. Temp. und Puls normal. Pat. befindet sich wohl.

30. X. Entlassung: Uterus gut zurückgebildet. Auf Druck Leib nirgends empfindlich. Pat. hat sich sehr gut erholt. Kind gesund und kräftig.

Fall V.

22jähr. II para. 1904.

14. I. Partus: Der Kopf trat fast im queren, etwas dem II. schr. Durchmesser genähert, aus. Die grosse Fontanelle stand dabei links hinten. Dammriss I. Grades. Anfangs geringe Nachblutung; Credé sehr schwierig, gelingt nach ca. 20 Minuten. Plazenta sehr zerfetzt. Pat. hat ca. 1300 g Blut verloren. Naht des Dammrisses mit 1 Seidennadel, 20 Tropfen Ergotin-Schatz-Kohlmann. Heisse Scheidendouchen.

Wochenbett. 14. I. Im Laufe des Nachmittags mehrmaliges Erbrechen. Dabei einmal stärkerer Blutabgang aus der Scheide. Puls relativ kräftig, frequent. Pat. etwas anämisch, fühlt sich recht elend. Eisblase auf den Leib.

15. I. Nachts einige Male erbrochen, sonst gut geschlafen. Subjektives Befinden gut.

24. I. Bei der Austrittsuntersuchung zeigt sich der Uterus schlecht zurückgebildet. Cervicalkanal gut für 1 Finger durchgängig. Im Fundus ein ca. wallnussgrosses Plazentarstück. Nach Lösung einiger kleiner Stückchen gelingt es nicht ohne Narkose den Rest zu entfernen. Pat. hatte nur einmal nach dem ersten Aufstehen (22. I.) geblutet.

25. I. 12 Uhr. In Narkose (Dem. clin.) Ausräumung des Uterus teils mit dem Finger, teils mit Hilfe der Abortzange. Entfernt werden mehrere Bröckel plazentaren Gewebes. Beim Aufwachen aus der Narkose zeigt Pat. Zuckungen wie bei einem Schüttelfrost. Etwas livide Verfärbung der Lippen und weite Pupillen. Um 2 Uhr 30 Min. Einsetzen eines heftigen Schüttelfrostes. Pat. sieht sehr schlecht aus. Cognak, Glühwein. Keine Blutung. Dauer des Frostes $^3/_4$ Stunden. Nach

der Ausräumung Spülung des Uterus mit 20% Lysollösung, Injektion von 20% Carbol-Alkohol.

2 Uhr 45 Min. Temp. 38,4, Puls 120; 3 Uhr 15 Min. Temp. 39,7, Puls 140; 4 Uhr 30 Min. Temp. 38,7.

26. I. Pat. hat während der Nacht leicht gefröstelt; klagt über Kopfschmerzen; hat nachts 1 mal erbrochen. Uterus rechts druckempfindlich. Temp. 39,1, Puls 120. Eisblase auf Leib und Kopf. Scheidendouchen.

27. I. Nur noch Kopfschmerz vorhanden. Puls kräftig. Fieberabfall ohne Uterusausspülung oder Seruminjektion.

28. I. Wohlbefinden.

1. II. Ausser Bett.

2. II. Entlassungsbefund: Uterus gut involviert.

Fall VI.

42jähr. XV para. 1904.

5. IV. Partus in II. Schädellage mit Hilfe des Kristellerschen Handgriffes. Wochenbett fieberfrei bis zum 13. IV.

13. IV. Bei der Austrittsuntersuchung Cervixkanal durchgängig. Noch etwas blutig-schleimiger Ausfluss. Im Cavum des sehr schlecht involvierten Uterus noch Plazentarreste. Nach entsprechender Desinfektion manuelle Ausräumung der äusserst übelriechenden, ca. haselnussgrossen Plazentarreste. Heisse Uterusspülung mit $^1/_2$% Lysollösung. Injektion einer Spritze mit 20% Karbol-Alkohol. Im Anschluss an die Ausräumung Frösteln und alsbald Temperaturanstieg auf 39,9, Puls 132. Am Nachmittag Temp. 38,5. Puls 120.

14. IV. Morgens Temp. 37,5, Puls 112. Allgemeine Besserung. Nachmittags-Temp. 37,2, Puls 84.

18. IV. Entlassungsbefund: Uterus gut involviert.

Fall VII.

23jähr. I para. 1905.

26. VI. Partus, normal. An der Plazenta fehlt auf einer gut 5-Markstück grossen Fläche die oberste Gewebsschicht. Da am Rand dieser Stelle zahlreiche alte feste Blutgerinnsel sitzen, ist es fraglich, ob es sich tatsächlich um einen Gewebsdefekt handelt und nicht vielmehr um eine Auseinanderdrängung des Gewebes durch eine Blutung. Eihautriss am Rand der Plazenta. Keine Blutung unmittelbar nach Geburt der Plazenta. Dagegen ist $5^1/_2$ Stunden p. p. reichlich Blut auf der Unterlage. Jetzt steht die Blutung, der Uterus ist gut kontrahiert. Heisse Scheidenspülung. 4mal täglich 20 Tropfen Extr. secal. corn. fluid.

Am 4. Tage des Wochenbetts wird ohne Schmerzen eine kleinhandtellergrosse, im wesentlichen aus geronnenem Blut bestehende Masse entleert mit einem gut haselnussgrossen Stück Plazentargewebes. Keine Blutung. Wochenbett vollkommen fieberfrei.

4. VII. Entlassungsbefund: Uterus anteflektiert. Rechtsseitiger Cervixriss. Fundus 3 querfingerbreit über der Symphyse. Cervicalkanal für 1 Finger durchgängig. Man fühlt im Uterus weiche Massen, die soweit als möglich mit Finger und Abortzange herausgeholt werden. Gründliche Ausspülung des Uterus mit Lysollösung. Keine Blutung. Adnexe und Parametrien frei. Die entfernten Massen riechen gar nicht und bestehen offenbar grösstenteils aus geronnenem Blut und nekrotischer Decidua. Ord.: Extr. sec. corn. fluid. 3mal täglich 25 Tropfen. Heisse Scheidenspülungen.

Fall VIII.

35jähr. IV para. 1905.

11. VII. 8 Uhr 30 Min. Partus, normal. I. Schädellage. 8 Uhr 55 Min. steht der Uterus nach guten Nachwehen 2 Querfinger über dem Nabel, gut kontrahiert. Die Plazenta liegt gelöst im Durchtrittsschlauch, bildet über der Symphyse charakteristische, weiche Vorwölbung und erscheint auf leichtem Druck vollständig mit Eihäuten. Uterus gut kontrahiert. Keine Nachblutungen. Wochenbett normal. Stuhlgang angehalten; wird alle 2 Tage durch ol. Ric. geregelt.

18. VII. Abendtemperatur 38,2. Eisblase, Secale Abdomen frei. Lochien normal, ebenso Mammae.

22. VII. Untersuchung: Uterus auffallend gross und weich. Fundus 4 Querfinger über der Symphyse. Cervicalkanal bequem für 1 Finger durchgängig. Im Uterus fühlt man im wesentlichen feste Massen, die teilweise fest mit der Wand verbunden sind, mit dem Finger gelöst werden und sich zum grösseren Teil als hartes, geronnenes Blut, zum kleineren Teil als Plazentargewebe erweisen. Der Uterus wird mit 3 l Lysollösung ausgespült, ist jetzt glatt, mit Ausnahme der charakteristischen höckerigen Plazentarstelle. Nochmalige Lysolspülung des Uterus, kombinierte Massage vom vorderen Scheidengewölbe und von aussen, worauf er sich gut kontrahiert. Die entfernten Massen riechen nicht. Da die Plazenta sich spontan gelöst hatte und nur aus dem Durchtrittsschlauch durch leichten Druck auf den Uterus entfernt wurde, auch bei der Besichtigung sich als vollständig erwies, wird man wohl als Grundstock dieses Plazentarpolypen eine Placenta succenturiata annehmen dürfen. Pat., die heute entlassen werden sollte, wird wieder ins Bett gelegt. Ordination: Eisblase, Sekale, heisse Scheidenspülungen. Im weiteren Verlauf des Wochen-

bettes zweimal Temperaturanstieg infolge von Mastitis erst an der rechten, dann an der linken Brust. Stuhlgang fast immer angehalten, sodass alle 2 bis 3 Tage ol. Ric. gegeben werden muss.

19. VIII. Entlassungsbefund: Uterus anteflektiert, von normaler Grösse, Konsistenz und Beweglichkeit. Cervicalkanal geschlossen, Adnexe und Parametrien frei. Pat. hat in der linken Brust noch zeitweise stechende Schmerzen, die linke Hälfte fühlt sich etwas härter an als die rechte, ist aber nicht mehr empfindlich.

Fall IX.

38jähr. X para. 1906.

3. VIII. Partus, normal. I. Schädellage. Nachdem $1^1/_2$ Stunden nach der Geburt die Nachgeburt noch nicht geboren ist, und die Frau zu bluten beginnt, wird nach Injektion von 2 Spritzen Ergotin der Credé versucht. Es entleert sich eine Menge — 900 g — geronnener Blutmassen, erst nach mehrmaligem Versuche und unter Aufbietung der vollen Kraft gelingt es die Plazenta zu exprimieren. Die Plazenta zeigt in der Mitte eine fast handtellergrosse, sehr dünne, des Zottengewebes fast völlig beraubte Stelle. Nachdem die Pat. nach Expression der Plazenta nicht im geringsten blutet, wird von einem manuellen Eingehen abgesehen.

12. VIII. Trotzdem der Pat. mit Rücksicht auf den zurückgebliebenen Plazentarpolypen auf das ernsthafteste an das Herz gelegt wird, ruhig zu Bett zu liegen, verlässt sie dieses auf eigenes Risiko, um nach Hause zu gehen. Nur auf vieles Zureden bleibt sie noch in der Klinik. Am nächsten Tage, dem 10. Wochenbettstage, stellt sich Fieber

ein; Ausfluss selbst mässig; riecht nicht; keine Druckempfindlichkeit des Abdomens. Nachdem das Fieber in der Höhe von fast 39,0 anhält, wird am 12. Wochenbettstage eine Uterusspülung (Lysol, Alkohol) vorgenommen. Dabei entleeren sich deutliche Plazentarreste. Von einem manuellen Eingehen in den Uterus wird mit Rücksicht auf das Fieber Abstand genommen. Allgemeinbefinden gut.

19. VIII. Entlassungsbefund: Uterus gut kontrahiert, kleinfaustgross. Muttermundslippen massig. Cervicalkanal für 1 Finger durchgängig. Adnexe und Parametrien frei.

Fall X.

41 jähr. VII para. 1906.

28. X. Partus, normal. I. Schädellage. Nach der Geburt beginnt es bald zu bluten, weshalb die Plazenta durch Credé exprimiert wird. Auch nachher ist der Uterus noch schlecht kontrahiert. Heisse Scheidenspülungen. Sekale. Wochenbett fieberfrei.

6. XI. Entlassungsbefund: Uterus gross und weich. Cervicalkanal und äusserer Muttermund für 2 Finger durchgängig. In demselben hängt eine taubeneigrosse Masse anscheinend organisiertes Blutgerinnsel. Diese Masse wird mit 2 Fingern herausgeholt. Uterusinnenfläche rauh und uneben; noch mehrere Stücke werden mit Abortzange entfernt, erweisen sich als Plazentarpolypen. — Sekale.

Fall XI.

25 jähr. I para. 1904.

30. IX. Partus, normal. I. Schädellage. Placenta $1^1/_4$ Stunden p. p. spontan, unvollständig. Wochenbett fieberfrei.

8. X. Pat. soll heute austreten; bekommt kurz nach dem Aufstehen eine Nachblutung. 2 Spritzen Ergotin; heisse Ausspülung. Uterus auffallend weich, kontrahiert sich auf Massage.

10. X. Entfernung zurückgebliebener Plazentarreste in erheblicher Menge. Heisse Lysol- und Alkohol-Ausspülungen, 2 Spritzen Ergotin.

15. X. Entlassungsbefund: Geschlechtsteile sehr gut zurückgebildet. Uterus frei beweglich, apfelgross, antevertiert, gut kontrahiert. Muttermund für die Fingerkuppe durchgängig. Linksseitiger Cervixriss. Ausfluss seit 2 Tagen rein schleimig. Subjektives Befinden gut. Adnexe und Parametrien frei.

Fall XII.

25jähr. II para. 1907.

23. XI. Partus, normal. II. Schädellage. An der Plazenta wird nichts besonderes bemerkt. Wochenbett fieberfrei.

2. XII. Heute, am Entlassungstage plötzlich eine mässige Nachblutung. Patientin bleibt hier. Temp. Abends 37,1.

2. XII. Temp. Morgens 37,5. Nach gehöriger Desinfektion der Geschlechtsteile und der Scheide Eingehen mit dem Finger in das Uteruskavum durch den noch bequem durchgängigen Cervicalkanal. An der an der Vorderseite des Uterus gelegenen Plazentarstelle fühlt man noch einige geringfügige Plazentarreste, dieselben werden losgelöst und herausbefördert. Lysol-Alkoholspülung.

7. XII. Es sind keine weiteren Blutungen aufgetreten. Entlassungsbefund: Allgemeinbefinden gut. Uterus kleinfaustgross, bereits im kleinen Becken liegend, gut kontrahiert, liegt nach vorne. Adnexe

und Parametrien frei. Der Scheideneingang durch die kürzliche Ausräumung etwas entzündet.

Fall XIII.

28jähr. II para. 1907.

2. XII. Partus, normal. I. Schädellage. Geburt der Plazenta 10 Min. p. p.

3. XII. Wochenbett: Die Frau leidet viel unter starkem Reizhusten und leichter Bronchitis, wobei ständig etwas Blut abgeht. Deshalb Bauchbinde und Codein 0,5:10, 3mal täglich 20 Tropfen.

5. XII. Bei der morgendlichen Spülung Abgang eines kleinen, gut daumengrossen Plazentarrestes.

11. XII. Die Bronchitis fast ganz geschwunden, gleichzeitig mit ihr der Reizhusten. Entlassungsbefund: Allgemeinbefinden gut. Geschlechsteile gut zurückgebildet, Adnexe und Parametrien frei. Die Temperatur war während des Wochenbettes dauernd normal.

Fall XIV.

25jähr. III para. 1907.

7. XII. Partus, normal. II. Schädellage. Geburt der Plazenta spontan $^1/_2$ Stunde p. p. Sie ist nicht vollständig. Mässige Nachblutung (1000 g), die nach Ergotin (2 g) und heissen Spülungen steht. Wochenbett fieberfrei. Am 5. Tage Abgang eines Restes von Plazenta und Eihäuten.

15. XII. Entlassungsbefund: Uterus noch kindskopfgross, leidlich kontrahiert, liegt nach vorn. Ausfluss tiefbraun, bei der Untersuchung ziemlich viel. — Sekale. Allgemeinbefinden gut.

Fall XV.

29jähr. V para. 1908.

11. II. Partus, Steisslage. Wendung auf den Kopf durch äussere Handgriffe, gelingt leicht. Kind starb intra partum ohne nachweisbare Ursache. Fruchtwasser foetid. Keine tympania uteri. Temp. der Kreissenden 39,1 Puls 78. Am andern Morgen 36,9.

14. II. Heute abend eine leichte Temperatursteigerung bis 37,6.

15. II. Heute morgen kurz nach der Spülung Abgang einer ziemlichen Menge von frischem und geronnenem Blut und kurz darauf eines etwa taubeneigrossen Plazentarrestes. Die Temp. ist normal.

18. II Ausflussfrei. Sekale wird bis zum Austritt weitergegeben, da das Kind tot ist und die Frau nicht stillt.

20. II. Entlassungsbefund: Allgemeinbefinden gut. Uterus liegt anteflektiert. Adnexe und Parametrien frei. Muttermund lässt noch 2 Fingerkuppen eindringen. Ausfluss noch schleimig-blutig. — Sekale.

Fall. XVI.

41jähr. X para 1910.

Entbindung am 13. X. vorm. $10^1/_2$ Uhr.

II. Steisslage. Placenta praevia. Starker Blutverlust, schon ausserhalb der Klinik mehrmals tamponiert. Credé gelingt nicht: Manuelle Plazentarlösung. Die Plazenta ist zerfetzt; doch kann nicht gesagt werden, ob sie vollständig. Der Uterus-Cavum war leer. Die Eihäute sind vollständig. Es handelte sich um eine Insertio velamentosa: doch inserierte die Nabelschnur hoch im Fundus. Tamponade.

Verlauf des Wochenbetts. 14. X. Entfernung der Tamponade. Keinerlei Blutung. Pat. im allgemeinen

sehr elend und erschreckend blass. Puls äusserst klein, leicht unterdrückbar; sehr frequent. Abends nochmals wie gestern 2 ccm ol. camphoratum.

15. X. Status idem. Pat. schläft fast den ganzen Tag.

16. X. Seit heute abend Fieber 38,5. Der Ausfluss riecht. Peritoneale Erscheinungen bestehen nicht.

19. X. Heute morgen Temperatur etwas abgefallen. Pat. hat sich etwas erholt, zeigt äusserst regen Appetit, befindet sich subjektiv wohl. Der Puls ist noch in gleicher Weise klein, sehr frequent, sehr wach; dabei sieht Pat. äusserst blass aus. Hämoglobingehalt nach Sahli 17 %. Seit gestern subkutan Digalen.

26. X. Temperatur bisher dauernd erhöht, an 38 heran. Der starke Ausfluss bräunlich, äusserst stinkend. Uterus leidlich zurückgebildet. Das Abdomen stets frei, einmal bisher ein Frost. Allgemeinbefinden wesentlich gehoben, Appetit sehr gut. Stuhlgang geregelt. Puls etwas kräftiger. Hämoglobingehalt 18 %. Nach der abendlichen Spülung (5 Uhr) tritt unerwartet eine nicht unerhebliche Blutung ein 300—400 ccm schätzungsweise. Es wird sofort auf dem Querbett innerlich untersucht und im inneren Muttermund an der hinteren Uteruswand sitzend ein pflaumengrosser Plazentarpolyp getastet und sofort entfernt. Trotz Ergotin und heisser Uterusspülung steht die Blutung nicht. Auch eine alsbald ausgeführte Tamponade wird durch das äusserst dünne, kaum eine Gerinnungsfähigkeit zeigende Blut wie ein Filter durchblutet. Auch eine einstündig ausgeführte bimanuelle Kompression ändert nichts, es geht ständig etwas blutig gefärbtes Serum ab. Es wird deshalb die Tamponade entfernt, eine heisse Uterusspülung mit 50 % Alkohol vorgenommen und aufs neue der Uterus mit in Adrenalinlösung getränktem

Mull tamponiert und darauf die Scheide mit dem Inhalt von drei Dürssenbüchsen. Die Blutung steht vollkommen. Trotzdem ist der Puls jetzt etwa 3 Stunden nach Beginn der Blutung relativ langsam, leidlich kräftig, 100—110, so dass der Allgemeineindruck günstig ist. Gleichwohl wird eine grosse Tube Merkscher Gelatine subkutan injiciert, 4 ccm ol. camphor. forte gegeben und eine subkutane Kochsalzinfusion von $1^1/_2$ l + 0,0006 Adrenalin gemacht. Etwa $1^1/_2$ Stunden später setzt allmählich eine Dyspnoe ein, die heftiger und heftiger werdend, schliesslich grössten Sauerstoffmangel anzeigt. 40—50 tiefe Inspirationen. Gleichzeitig wird der Puls schneller, unregelmässig, sich überstolpernd. Das Bewusstsein trübt sich leicht. 12 Uhr Exitus ohne Todeskampf.

Pathol. anat. Diagnose: Anaemia gravis, Uterus p. p. male involutus. Endometritis acuta inceps. Hydrops serosae, Oedema pulmonum. Degeneratio myocardis.

Fall XVII.

29jähr. III para. 1909. (Poliklinik).

Angeblich bisher stets gesunde und kräftige Frau. 3 spontane Geburten. Die beiden ersten Wochenbetten ohne Besonderheiten.

Pat. ist z. Zt. Wöchnerin am 10 Tage, die spontane Entbindung fand am 10. IV. 09. statt. Die Nachgeburt soll vollständig gewesen sein, auch keine stärkere Blutung in oder nach der 3. Geburtsperiode aufgetreten sein. Kind lebt, angeblich gesund.

Pat. will bereits am 4. und 5. Tage p. p. über starke Körperhitze mit nachfolgendem Schweissausbrüche geklagt haben, doch ist ein Frost oder

Frösteln nicht bemerkt worden. Gemessen wurde zunächst nicht.

Heute, spät abends, wird eilig die Poliklinik gerufen, da der Ausfluss bisher stets blutig gewesen sei und heute und gestern abend eine stärkere Blutung eingetreten sei. Gleichzeitig wurde von der Hebamme 39,9 in der Achsel gemessen.

20. IV. Status: Grosse, schlanke Frau in gutem Ernährungszustand. Temp. bei Ankunft der Poliklinik 38,9 in der Achsel, Puls 108.

Die Brüste beiderseits frei, die Warzen intakt.

Der Leib weich, nicht aufgetrieben, nicht empfindlich.

Der puerperale Uterus mit dem Fundus etwa drei Querfinger oberhalb der Symphyse, er selbst sowie seine Umgebung kaum etwas empfindlich, weich, schlecht kontrahiert.

Der Ausfluss stark blutig, frisch blutig, doch auch geronnenes Blut dabei, riecht nicht.

Keine Ödeme oder Trombosen, keine Angina.

Therapie: Heisse Scheidenspülungen, Eisblase, ausgiebig Sekale. Abwarten!

21. IV. Der Uterus bleibt weich, der blutige Ausfluss in gleicher Weise vorhanden. Mässiges Fieber. Pat. mit Öl abgeführt. Urin frei. Abends wieder eine beobachtete, stärkere Blutung.

22. IV. Heute Morgen abermals Blutung, daher Vaginale Untersuchung:

In der Scheide ein älterer Blutklumpen. Cervicalkanal ganz offen. Es wird daher in Chloroformnarkose nach gehöriger Desinfektion eine Austastung vorgenommen und dabei einige Plazentarreste entfernt, darunter ein ganzer Codyledo. Ziemlich starke,

gern gesehene Nachblutung, die erst auf längere heisse Uterusspülung und subkutane Ergotininjektion steht.

Temp. abends 39,5, Puls 104—110. Allgemeinbefinden: objektiv und subjektiv leidlich. Kind abgesetzt.

24. IV. Allgemeinbefinden bleibt günstig. Puls regelmässig, etwa der Temp. (39,5) entsprechend. Abdomen und Genitalorgane äusserlich nicht empfindlich.

26. IV. Pat. abgeführt, ausgiebig! Ausfluss riecht. Täglich heisse Spülungen. Eisblase und Sekale bleiben.

28. IV. Allgemeinzustand gut. Puls wesentlich niedriger, doch klein und schwach. Digitalis als Infus. Temp. um 1,0 abgefallen. Husten und schleimiger Auswurf: Katarrh im linken Unterlappen.

2. V. Nach einigen Tagen mit höherer Temperatur heute morgen tiefe Remission (36,6). Mittags leichter Schüttelfrost mit hohem Anstieg (40,5). Gleichzeitig ausgesprochene Herzunruhe mit ausgesprochener Dyspnoe. (Verdacht auf kleinere Lungenembolie.) Ausgiebig Alkohol (Kognak, Sekt).

3. V. Heute Befinden wesentlich besser. Puls ruhiger, kräftiger, Atmung ruhiger. Kein Beklemmungsgefühl mehr. Temp. morgens 38,3 abends wieder 39,0.

7. V. Tiefe Remissionen haben in den letzten Tagen mit mittlerem Fieber abgewechselt. Heute morgen nach einem starken Hustenanfall (Pat. will etwa 10 Min. gehustet haben) tritt ein schwerer Kolikanfall auf: Leib in der Magengegend sehr empfindlich; Pat. stöhnt fortwährend, wagt sich nicht zu rühren (Verdacht auf Embolie eines Astes der art. mesenterica). Auf Opiumsuppositorien 2 mal 0,05 wesentliche Besserung.

9. V. Allgemeinzustand wieder günstig. Heute mittag wiederum, doch ohne Frost, ein hoher Temperaturanstieg 40,9 (1 g Phenacitin), abends starker Schweissausbruch und Absinken der Temperatur auf 39,4 um 5 Uhr nachmittags.

10. V. 2 malige Remission und 2 maliger Anstieg auf 39,9 bezw. 39,7.

12. V. Abermals ein Schüttelfrost mit Temp. 40,6, doch bleibt der Puls stets relativ günstig, d. h. kräftig, gut gefüllt, regelmässig und nicht übermässig beschleunigt, etwa 110—120. Abdomen frei.

19. V. Es wechseln täglich tiefe Remissionen mit hohen Anstiegen der Temperatur, jedem Anstieg aber folgt ein kollossaler Schweissausbruch, — doch bleiben Puls und Atmung relativ günstig, sodass auch die Prognose z. Zt. noch günstig zu stellen ist. Es wird ausgiebig Alkohol, auch zeitweise Digitalis gegeben, dabei stets für Stuhl gesorgt. Die meist dünnen Stühle riechen stark. Die Ernährungsfrage stösst bei wenig Appetit stets auf grosse Schwierigkeiten. Abdomen und Genitalorgane waren stets schmerzfrei, die Zunge war nie trocken, Ödeme wurden nie beobachtet.

Die heutige vaginale Untersuchung ergibt: Uterus $^1/_2$ Faustgross, retrovertiert, scheinbar leicht fixiert, etwas breit und weich. Ausfluss kaum noch vorhanden, riecht nicht. An der rechten Beckenwand fühlt man einen harten, $^1/_2$ Bleistiftdicken, nicht empfindlichen Strang (trombosiertes Gefäss?), sonst nichts. Keine erhebliche Empfindlichkeit. Noch immer Katarrh am linken Unterlappen und Auswurf, der aber nie blutig oder rostfarbig war. — Vinum Chinae.

20. V. Es wird rektale Collargolbehandlung eingeleitet, indem einen um den andern Tag

nach rektaler Entleerung 50 ccm einer 50% Collargollösung eingespritzt werden.

30. V. Die Behandlung verlief bisher glatt. Irgendwelche Beschwerden sind bisher nicht beobachtet worden. Es besteht entschieden eine Neigung zur Besserung, da bei ausgezeichnetem Befinden die Temperatur niedriger bleibt, der Puls ruhiger wird, der Appetit wiederkehrt und Euphorie eintritt.

13. VI. Des weiteren entschiedene Besserung, wenn auch noch einige Temperatursprünge beobachtet werden.

Vaginale Untersuchung cf. 19. V. Der Strang rechts nicht mehr deutlich. Die Prognose ist wohl günstiger zu stellen.

14. VI. Seit gestern morgen bestehen sehr heftige Schmerzen in der rechten Glutaealgegend und in der Gegend des rechten Sitzbeinhöckers. (Metastatischer Abscess? Neuritis?) — Heisse Überschläge. Aspirin.

16. VI. Die Therapie ändert nichts. Schmerzen eher noch heftiger und die ganze Gegend vom rechten Sitzbeinhöcker bis zum rechten Trochanter sehr empfindlich und deutlich wärmer, wohl auch ein wenig geschwellt.

18. VI. Seit einigen Tagen kein Fieber und kein Anstieg mehr; es treten wohl noch mässige Schweisse auf, doch ohne Fieber. Bezüglich der Schmerzen und des Befundes herrscht status idem (cf. 16. VI.)

30. VI. Die Temperatur immer noch etwas unruhig, schwankend, zuweilen ungleich über den Tag verteilt. Noch sehr starke Schmerzen im rechten Ileosacralgelenk. Die vor einigen Tagen konsultierten Chirurgen haben ebenfalls festgestellt, dass das Hüftgelenk mit Sicherheit frei ist, dass der Sitz der Schmerzen

das rechte Ileosacralgelenk ist und hier jedenfalls eine entzündliche Metastasierung, z. Zt. wohl ohne Eiterbildung besteht. Gleichzeitig ist der hier vorüberziehende Plexus wohl als mitentzündet, bezw. gereizt anzunehmen.

5. VII. Die Schmerzen ein klein wenig geringer, Pat. ist imstande, ganz langsam das rechte Bein in Beugestellung zu bringen.

8. VII. Da die Temperatur jetzt seit 10 Tagen völlig normal ist, auch die Schweisse ausgeblieben sind, werden die Messungen eingestellt.

12. VII. Pat. sitzt im Bett. Immer noch Schmerzen auf Druck in der rechten Hüfte und bei Bewegungen, aber wesentlich geringer. Appetit ausgezeichnet, Stuhlgang seit 14 Tagen völlig geregelt.

1. VIII. Bisher zunehmende Besserung. Pat. entlassen, geht zur Erholung aufs Land. Soll sich in 2 bis 3 Monaten nochmals vorstellen.

Späterhin völliges Wohlbefinden.

Fall XVIII.

24jähr. I para 1903.

27. X. Partus im Juni 1903 spontan. Wochenbett gut. I. Periode mit 15 Jahren, stets unregelmässig; zu Beginn der Periode krampfartige Schmerzen; zuletzt vor $^1/_4$ Jahren. Seitdem ständig mit kurzen Unterbrechungen Blutabgang. Die Periode kam früher oft alle 14 Tage. Heute Nacht starke Blutung; Erbrechen. Seit einer Woche liegt Pat. wegen Schwäche und Kopfweh zu Bett.

Status: Sehr anämische Pat. Scheide weich, aufgelockert, äusserer Muttermund gut talergross, darin Plazentargewebe zu fühlen. Fundus uteri ca. 2 querfingerbreit unterhalb des Nabels. Übelriechende

Blutgerinnsel in der Scheide. Jodoformgazetamponade nach vorhergehender Desinfektion der Scheide.

28. X. Dem. clin. Gaze entfernt. Enfernung sehr massiger, äusserst stinkender, z. T. grünlich verfärbter Plazentarmassen mittels der Abortzange. Eine völlige Glättung der stark zerfetzten Plazentarstelle gelingt nicht. Einspritzen von 20% Karbolalkohol. Teerotweineinlauf. Am Abend der Ausräumung Schüttelfrost, Anstieg der Temperatur auf 39,4 Puls 140.

29. X. Morgens und nachmittags Schüttelfrost.

30. X. Vormittags Uterusausspülung mit dünner Lysollösung. Wenig Sekret entfernt, das allerdings sehr übelriechend. 5 Uhr nachmittags Schüttelfrost. 6 Uhr: 10 ccm Mennersches Serum in der rechten pectoralis.

31. X. Nachmittags Schüttelfrost, nochmals 10 ccm Serum.

1. XI. 12 ccm Collargol in die rechte Vena mediana. 4 Uhr nachmittags Schüttelfrost.

2. XI. 2 Schüttelfröste. Allgemeineindruck wenig gut. Digitalissuppositorien.

3. XI. 10 ccm Collargol in die linke Vena mediana.

4. XI. Kleiner Schüttelfrost. Allgemeinbefinden etwas besser.

6. XI. Puls kräftig. Temperatur etwas herunter. 3 mal täglich Grisein 0,5.

8. XI. Collargolininjektion. Grisein 0,5 3 mal täglich, Abfall der Temperatur und des Pulses, der immer kräftig geblieben. Durchfälle, dünnflüssig, stinkend. — Opium.

9. XI. Schmerzen in der rechten Parotisgegend, woselbst derbe Resistenz: Ölverband; etwas Dekubitus, Sensorium benommen. Durchfälle. Grisein ausgesetzt.

10. XI. Unruhige Nacht. Morgens 10 Uhr plötzliches Verschlechtern des Pulses. Temperaturabfall. Exitus.

Pathol. anat. Diagnose: Parotitis apostematosa. Anaemia. Myodegeneratio cordis. Infiltrationes nonnullae in utrique lobu inferiore partim purulentae partim apostematosae. Hepatitis parenchymatosa et nephritis parenchymatosa infectiosa; infarctus anaemicus (septicus?) lienis. Necrosis diphtherica et gangraenosa uteri praecipue ad regionem placentariam. Phlebitis et periphlebitis purulenta apostematosa venae sperm. internae. Colpitis diphtherica haemorrhagica.

Fall XIX.

18jähr. 1910.

Gravid im I. Monat. Seit 2 Tagen starke Blutung. Gestern Mittag 3 Uhr Schüttelfrost.

23. XII. In der Scheide liegt eine gut orangegrosse, weiche Masse, die sich leicht herausdrücken lässt und ein intaktes ovulum in den Eihäuten darstellt. Intensiver Geruch. Die Cervix durchgängig. Man fühlt auf dem Finger in derselben weiche Massen, und hinter der Cervix im Douglas einen sehr harten, rundlichen Tumor von etwa Orange-Grösse. In Narkose und nach Entleerung der sehr stark gefüllten Blase, zeigt sich, dass die hintere Geschwulst dem Uterus entspricht. Die noch vorhandenen Abortreste werden mit der stumpfen Curette und dem Abortlöffel entfernt. Gründliche Auspülung des Uterus. Karbolalkohol.

Auf dem Durchschnitt erweist sich das in die Scheide geborene Ei als Blutmole.

Therapie: Eisblase. Sekale. Scheidenspülung.

24. XII. Abendtemperatur 37,8.

25. XII. Abendtemperatur 39,8. Abdomen noch aufgetrieben und druckempfindlich. Puls 130—140, regelmässig, kräftig. — Kopfschmerzen.

26. XII. Gleiches Befinden. Pat. immer schläfrig. Sensorium etwas benommen. 3mal tgl. 20 Tropfen Digalen. Wein.

27. XII. Am Tage 2mal Sublimat 0,005 intravenös. Temp. zwischen 39 und 40.

28. XII. Die peritonitischen Erscheinungen gehen zurück. Leib weniger aufgetrieben, weniger druckempfindlich.

29. XII. Am Morgen nochmals 0,005 Sublimat intravenös. Abends Sensorium noch mehr benommen. Pat. sehr teilnahmslos. Puls gegen abend bedeutend weicher. 1000 g physiol. Kochsalzlösung mit $^3/_4$cm Adrenalinlösung (1:1000) subkutan. Daraufhin auffallende Besserung.

30. XII. Temp. zwischen 38,5 und 39,5. Allgemeinbefinden gegen Abend wieder recht schlecht. Physiol. Kochsalzlösung 1000 g mit $^3/_4$cm Adrenalinlösung 1:1000 subkutan. Diesmal keine ausgesprochene sichtbare Wirkung der Infusion.

31. XII. Am Abend Allgemeinbefinden auffallend gut, der allgemeine Eindruck bedeutend besser, Sensorium viel freier. In der Nacht auffallender und überraschender Umschlag zum Schlechteren. Pat. ist in der zweiten Hälfte der Nacht sehr unruhig.

1. I. 1911. Am Morgen Allgemeineindruck sehr schlecht. Pat. sehr verfallen. Starke motorische Unruhe. Puls 140, klein, weich. 1000 g Kochsalzinfusion mit $^3/_4$ ccm Adrenalin 1:1000 ohne jede Wirkung. Im Laufe des Tages zunehmende Verschlechterung. Der Tod tritt 1 Uhr nachts unter den Zeichen der Herzschwäche ein.

Pathol. anat. Diagnose: Hypertrophia tonsillarum. Bronchitis catarrhalis. Infiltrationes pneumoniae circumscriptae lob. inf. utriusque. Pleuritis fibrinosa incipiens dextra. Oedema pulmonum. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Dilatatio cordis. Endocarditis verucosa recens valvulae mitralis. Hypertrophia inflammatoria pulpae lienalis. Degeneratio parenchymatosa hepatis, renum. Peritonitis fibrinosa puruleuta diffusa. Abscessus intramuskularis uteri ad ostium internum tubae dextr. Ikterus universalis.

Die bakteriologische Untersuchung des Peritonealeiters ergab grampositive Diplokokken mit Kerzenflammenform (Pneumokokken).

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Hofrat Prof. Dr. Hofmeier möchte ich für die Angabe des Themas und die Übernahme des Referats meinen herzlichsten Dank aussprechen.

Auch Herr Dr. Wolde, der mir bei der Arbeit manchen wertvollen Rat gab, sei bestens bedankt.

Literatur.

Winter, die lokale Behandlung des Puerperalfiebers. (Verhandlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie Nr. XIII.)

R. Puppel, Über die Beziehung der Eihaut und Plazentarretention zum Puerperalfieber. (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. LXIV. Heft 3.)

Weber, Über die Retention von Plazentarresten und Eihäuten nach rechtzeitigen und frühzeitigen Geburten. Diss. inaug. Kiel 1910.

Hörmann, Soll man Plazentarreste nach reifer Geburt entfernen oder nicht? (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXXIV. Heft 4.)

Verhandlungen des XVI. internationalen Ärzte-Kongresses. (Ref. Münch. Med. Wochenschrift 1909).

Lebenslauf.

Ich, Ernst Richard Alfred Wagner, sächsischer Staatsangehörigkeit, bin geboren am 12. April 1887 in Auerbach im Vogtland als Sohn des Kaufmanns Ernst Wagner in Auerbach.

Ich besuchte von Ostern 1893 ab drei Jahre die mittlere Volksschule und drei Jahre die Realschule meiner Heimatstadt und bezog Ostern 1899 das herzogliche Friedrichs-Gymnasium zu Altenburg S. A., das ich Ostern 1905 mit dem Zeugnis der Reife verliess.

Hierauf studierte ich an den Universitäten Genf 1, Tübingen 5 und Würzburg 4 Semester und legte am 25. Mai 1910 an der Universität Würzburg die ärztliche Prüfung ab.

Als Medizinalpraktikant war ich $2^1/_2$ Monate an der kgl. Universitäts-Frauenklinik in Würzburg und $9^1/_2$ Monate am herzogl. Landeskrankenhaus zu Altenburg S. A. tätig.

Am 21. Juni 1911 erhielt ich die Approbation als Arzt. Seitdem war ich als Vertreter praktischer Ärzte in der näheren und weiteren Umgebung Altenburgs tätig.